



BỘ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ NHÂN SỰ  
VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN (OFFICE FOR CIVIL RIGHTS) (OCR)  
ĐƠN KHIẾU NẠI VỀ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ



Nếu quý vị có thắc mắc về mẫu đơn này, xin gọi OCR (số điện thoại miễn phí) tại số:  
1-800-368-1019 (bất cứ ngôn ngữ nào) hoặc 1-800-537-7697 (TDD)

|                          |                             |                              |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| TÊN CỦA QUÝ VỊ           | HỌ CỦA QUÝ VỊ               |                              |
| SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ<br>( ) | SỐ ĐIỆN THOẠI SỞ LÀM<br>( ) |                              |
| ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ        | THÀNH PHỐ                   |                              |
| TIỂU BANG                | SỐ ZIP CODE                 | ĐỊA CHỈ THƯ ĐIỆN TỬ (Nếu có) |

Có phải quý vị nộp đơn khiếu nại này thay cho người khác không?  Có  Không

Nếu Có, ai là người mà quý vị nghĩ rằng đã phân biệt đối xử?

TÊN \_\_\_\_\_  
HỌ \_\_\_\_\_

Tôi tin rằng tôi (hoặc người khác) đã bị phân biệt đối xử dựa trên:

Chủng tộc / Màu da / Quốc gia nơi xuất thân  Tuổi  Tôn giáo  Giới tính (Nam/Nữ)  
 Tình trạng tàn tật  Lý do khác (ghi rõ): \_\_\_\_\_

Quý vị cho rằng ai đã phân biệt đối xử với quý vị (hoặc người khác)?

CÁ NHÂN/CƠ QUAN/TỔ CHỨC

|                   |             |                      |
|-------------------|-------------|----------------------|
| ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ | THÀNH PHỐ   |                      |
| TIỂU BANG         | SỐ ZIP CODE | SỐ ĐIỆN THOẠI<br>( ) |

Quý vị cho rằng việc phân biệt đối xử này đã diễn ra khi nào?

XIN LIÊT KÊ (CÁC) NGÀY THÁNG

Xin trình bày ngắn gọn về sự việc xảy ra. Bằng cách nào và tại sao quý vị lại tin rằng quý vị (hoặc người khác) đã bị phân biệt đối xử? Xin trả lời càng chi tiết càng tốt. (Đính kèm thêm (các) trang nếu cần)

Xin ký tên và ghi ngày tháng vào mẫu đơn khiếu nại này.

CHỮ KÝ

NGÀY THÁNG

Việc nộp đơn khiếu nại cho OCR là tự nguyện. Tuy nhiên, OCR không thể tiến hành giải quyết khiếu nại của quý vị nếu thiếu các dữ kiện được yêu cầu ở trên. Chúng tôi thu thập dữ kiện này dựa trên Tiêu Đề VI của Đạo Luật Dân Quyền (Civil Rights Act) năm 1964, Mục 504 của Đạo Luật Phục Hồi (Rehabilitation Act) năm 1973 và các đạo luật khác về dân quyền. Chúng tôi sẽ sử dụng dữ kiện mà quý vị cung cấp để xác định xem chúng tôi có thẩm quyền giải quyết hay không và, nếu có, để xác định cách thức mà chúng tôi sẽ sử dụng để giải quyết khiếu nại của quý vị. Dữ kiện khai trong mẫu đơn này sẽ được giữ kín và được bảo vệ theo các điều khoản của Đạo Luật Về Tính Riêng Tư (Privacy Act) năm 1974. Tên hoặc các dữ kiện nhận dạng khác của các cá nhân sẽ được tiết lộ nếu cần thiết để điều tra hành vi phân biệt đối xử, điều hành các hệ thống nội bộ, hoặc sử dụng vào các mục đích thông thường, bao gồm việc tiết lộ các dữ kiện cho các bên không thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sự vì các mục đích liên quan tới việc tuân theo các qui định về dân quyền và được luật pháp cho phép. Cơ sở nhận trợ cấp tài chánh liên bang từ Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sự (HHS) không được phép hâm dọa, đe dọa, ép buộc, hoặc phân biệt đối xử hoặc trả thù quý vị vì quý vị đã nộp đơn khiếu nại này hoặc thực hiện hành động khác để thi hành các quyền của quý vị theo các điều luật về dân quyền của Liên bang. Quý vị không bắt buộc phải sử dụng mẫu đơn này. Quý vị cũng có thể viết thư hoặc đơn khiếu nại có nội dung tương tự qua mạng điện tử. Để nộp đơn khiếu nại qua mạng điện tử, xin tới trang mạng lưới điện toán của chúng tôi tại: [www.hhs.gov/ocr/discrimhowtofile.html](http://www.hhs.gov/ocr/discrimhowtofile.html). Để gửi đơn khiếu nại qua đường bưu điện, xin xem mặt sau để biết địa chỉ của các văn phòng OCR Khu vực.

(Các dữ kiện còn lại trong mẫu đơn này là không bắt buộc. Nếu quý vị không trả lời các câu hỏi không bắt buộc này, việc đó sẽ không ảnh hưởng tới quyết định của OCR trong việc giải quyết khiếu nại của quý vị.)

Quý vị có cần các trợ giúp đặc biệt để chúng tôi có thể liên lạc với quý vị về đơn khiếu nại này không (xin đánh dấu tất cả các ô áp dụng cho trường hợp của quý vị)?

In bằng hệ thống chữ nổi Braille  Bản In Khổ Lớn  Băng ghi âm  Đĩa mềm điện toán  Thư điện tử  TDD

Thông dịch viên ngôn ngữ ra dấu (*ghi rõ ngôn ngữ*): \_\_\_\_\_

Thông dịch viên ngôn ngữ nước ngoài (*ghi rõ ngôn ngữ*): \_\_\_\_\_  Trợ giúp khác \_\_\_\_\_

Nếu chúng tôi không thể liên lạc trực tiếp với quý vị, chúng tôi có thể liên lạc với ai để giúp chúng tôi gặp được quý vị?

TÊN \_\_\_\_\_ HO \_\_\_\_\_

SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ \_\_\_\_\_ ( ) SỐ ĐIỆN THOẠI SỞ LÀM \_\_\_\_\_ ( )

ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ \_\_\_\_\_ THÀNH PHỐ \_\_\_\_\_

TIỂU BANG \_\_\_\_\_ SỐ ZIP CODE \_\_\_\_\_ ĐỊA CHỈ THƯ ĐIỆN TỬ (Nếu có) \_\_\_\_\_

Quý vị có gửi đơn khiếu nại tới nơi nào khác không? Nếu có, xin cung cấp các dữ kiện sau. (Đính kèm thêm trang nếu cần.)

TÊN (CÁC) CÁ NHÂN / CƠ QUAN / TỔ CHỨC / TÒA ÁN \_\_\_\_\_

(CÁC) NGÀY THÁNG NỘP ĐƠN KHIẾU NAI \_\_\_\_\_ (CÁC) SỐ HỒ SƠ (Nếu biết) \_\_\_\_\_

Để giúp chúng tôi phục vụ quý vị tốt hơn, xin cung cấp các dữ kiện sau đây về người mà quý vị cho rằng đã bị phân biệt đối xử (quý vị hoặc người được quý vị diễn họ đơn).

SẮC TỘC (xin chọn một)

Người gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha hoặc Châu Mỹ la tinh  
 Người Á châu  
 Không phải người gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha hoặc Châu Mỹ la tinh

Da trắng

CHỦNG TỘC (xin chọn một hoặc hơn)

Thổ Dân Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska  
 Thổ Dân Hawaii hoặc Thổ Dân Đảo Thái Bình Dương Khác  
 Da đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi

Chủng tộc khác (xin ghi rõ): \_\_\_\_\_

NGÔN NGỮ CHÍNH (nếu không phải Anh ngữ)

QUÝ VỊ NGHE NÓI VỀ VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN NHƯ THẾ NÀO?

**Để gửi thư khiếu nại, xin đánh máy hoặc viết bằng chữ in, và gửi lại đơn khiếu nại đã điền tới  
Địa Chỉ Văn Phòng Khu Vực của OCR tại khu vực nơi xảy ra sự việc bị cho là phân biệt đối xử.**

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Khu Vực I - CT, ME, MA, NH, RI, VT</b><br>Office for Civil Rights<br>Department of Health & Human Services<br>JFK Federal Building - Room 1875<br>Boston, MA 02203<br>(617) 565-1340; (617) 565-1343 (TDD)<br>(617) 565-3809 FAX                       | <b>Khu Vực V - IL, IN, MI, MN, OH, WI</b><br>Office for Civil Rights<br>Department of Health & Human Services<br>233 N. Michigan Ave -Suite 240<br>Chicago, IL 60601<br>(312) 886-2359; (312) 353-5693 (TDD)<br>(312) 886-1807 FAX  | <b>Khu Vực IX - AZ, CA, HI, NV, AS, GU, The U.S. Affiliated Pacific Island Jurisdictions</b><br>Office for Civil Rights<br>Department of Health & Human Services<br>50 United Nations Plaza - Room 322<br>San Francisco, CA 94102<br>(415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)<br>(415) 437-8329 FAX |
| <b>Khu Vực II - NJ, NY, PR, VI</b><br>Office for Civil Rights<br>Department of Health & Human Services<br>26 Federal Plaza - Suite 3313<br>New York, NY 10278<br>(212) 264-3313; (212) 264-2355 (TDD)<br>(212) 264-3039 FAX                               | <b>Khu Vực VI - AR, LA, NM, OK, TX</b><br>Office for Civil Rights<br>Department of Health & Human Services<br>1301 Young Street - Suite 1169<br>Dallas, TX 75202<br>(214) 767-4056; (214) 767-8940 (TDD)<br>(214) 767-0432 FAX      |   |
| <b>Khu Vực III - DE, DC, MD, PA, VA, WV</b><br>Office for Civil Rights<br>Department of Health & Human Services<br>150 S. Independence Mall West - Suite 372<br>Philadelphia, PA 19106-3499<br>(215) 861-4441; (215) 861-4440 (TDD)<br>(215) 861-4431 FAX | <b>Khu Vực VII - IA, KS, MO, NE</b><br>Office for Civil Rights<br>Department of Health & Human Services<br>601 East 12th Street - Room 248<br>Kansas City, MO 64106<br>(816) 426-7278; (816) 426-7065 (TDD)<br>(816) 426-3686 FAX   | <b>Khu Vực X - AK, ID, OR, WA</b><br>Office for Civil Rights<br>Department of Health & Human Services<br>2201 Sixth Avenue - Mail Stop RX-11<br>Seattle, WA 98121<br>(206) 615-2290; (206) 615-2296 (TDD)<br>(206) 615-2297 FAX   |
| <b>Khu Vực IV - AL, FL, GA, KY, MS, NC, SC, TN</b><br>Office for Civil Rights<br>Department of Health & Human Services<br>61 Forsyth Street, SW. - Suite 3B70<br>Atlanta, GA 30323<br>(404) 562-7886; (404) 331-2867 (TDD)<br>(404) 562-7881 FAX          | <b>Khu Vực VIII - CO, MT, ND, SD, UT, WY</b><br>Office for Civil Rights<br>Department of Health & Human Services<br>1961 Stout Street - Room 1426<br>Denver, CO 80294<br>(303) 844-2024; (303) 844-3439 (TDD)<br>(303) 844-2025 FAX |   |

**Tuyên Bố về Thời Gian Thu Thập Dữ Kiện và Diện Mẫu Đơn**

Nhiều người báo cáo lại rằng thời gian ước tính để thu thập dữ kiện trong đơn khiếu nại này trung bình là 45 phút cho một trả lời, bao gồm cả thời gian đọc các hướng dẫn, thu thập các dữ liệu cần thiết, điền đơn khiếu nại và đọc lại dữ kiện đã điền trong đơn khiếu nại. Một cơ quan có thể không điều hành hoặc tài trợ, và một người không bắt buộc phải trả lời, một tập hợp dữ kiện trừ khi dữ kiện này có số kiểm soát hợp lệ. Gửi ý kiến nhận xét về việc ước tính thời gian này hoặc bất cứ vấn đề nào liên quan tới việc thu thập dữ kiện này, kể cả ý kiến nhận xét về việc giảm lượng thời gian thu thập dữ kiện này, cho: HHS/OS Reports Clearance Officer, Office of Information Resources Management, 200 Independence Ave., S.W., Room 531H, Washington, D.C. 20201.